

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 50.

LE
RHUMATISME TUBERCULEUX

DANS LES
TUBERCULOSES CUTANÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor MICHEL

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Paris, le 30 mars 1877



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1903

LE
RHUMATISME TUBERCULEUX
DANS LES
TUBERCULOSES CUTANÉES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 50

LE
RHUMATISME TUBERCULEUX
DANS LES
TUBERCULOSES CUTANÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor MICHEL

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Paris, le 30 mars 1877



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
	JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophtalmologique	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Parasitologie.	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne.	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène.	SOULIER.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUÇ.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; BÉRARD, Assesseur ;
MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Au dévouement infini de qui je
dois tout, je dédie cette thèse, en
témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MES SOEURS, A MES FRÈRES

A mes amis dévoués

Les Docteurs V. CLÉMENT et E. MORCHOISNE

En souvenir des bonnes heures
vécues ensemble et en remercie-
ment des marques d'amitié qu'ils
m'ont données.

A mon Président de Thèse

M. le Professeur A. PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
EX-CHIRURGIEN MAJOR DE L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. le Docteur DEMOULIN

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

Qui fut mon premier maître,
j'adresse tous mes remerciements
pour les conseils éclairés qu'il m'a
donnés et pour les marques de
sympathie et d'intérêt qu'il m'a pro-
diguées en maintes circonstances.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

Dont l'affabilité et la bienveillance
constantes m'ont souvent réconforté.

INTRODUCTION

C'est en 1897, dans une communication à l'Académie de médecine et au Congrès de chirurgie, que M. le professeur Poncet fit savoir ce qu'était le rhumatisme tuberculeux. Avant lui, de nombreux auteurs, Bouillaud, Bonnet, Charcot, avaient parlé de ces formes anormales de certaines affections des articulations, à évolution différente de celle du rhumatisme articulaire aigu franc; ils avaient constaté fréquemment des antécédents de scrofule chez certains individus qui en étaient porteurs et qui mouraient souvent de généralisation tuberculeuse. Après eux, Beau, Pollock, Gubler, Powel, Laveran, décrivirent des pseudo-rhumatismes, dont les caractères cliniques les différenciaient des arthrites rhumatismales. Mais aucun n'avait jamais songé à établir une relation de cause à effet entre les antécédents bacillaires et l'apparition de ces manifestations articulaires, lorsque le professeur Poncet donna la définition de ce qu'il appela d'abord le pseudo-rumatisme infectieux d'origine tuberculeuse. « Il est constitué, « disait-il par un ensemble de manifestations articulaires, « dues vraisemblablement aux toxines du bacille de Koch « et pouvant se produire chez tout tuberculeux ou en « instance de le devenir, manifestations articulaires caractérisées, non pas par des ramollissements, des fontes « purulentes, des fongosités suppurantes ou destructives

« comme dans la tumeur blanche ordinaire, mais au
« contraire, par des lésions irritatives, à tendance fibro-
« plastique, analogues à celles des pseudo-rhumatismes
« infectieux, dont elles peuvent cliniquement revêtir
« toutes les formes, depuis la simple arthralgie jusqu'à
« l'ankylose complète. »

Plus tard, il proposa d'abandonner, ou du moins de reléguer au second plan la dénomination de pseudo-rhumatisme, pour faire prévaloir celle de rhumatisme tuberculeux, de la même façon qu'on dit rhumatisme blennorrhagique, scarlatin, etc.

Depuis 1897, de nombreuses publications et de nombreuses thèses ont paru sur la question, qui ont fait admettre ce rhumatisme d'un nouveau genre, dans le cadre nosologique. Qu'il nous soit permis de rappeler seulement les noms de MM. Bérard, Patel, Dor, Mailland et des élèves de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Pour notre part, ayant, pendant les années 1901, 1902, 1903, assisté à la présentation de nombreux malades atteints de cette affection, dans ses diverses formes, nous nous sommes convaincu de la vérité de ce fait, qu'on pouvait rencontrer des manifestations articulaires chez des individus infectés par la tuberculose, même légère, et nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant de rechercher s'il n'existait pas des cas de rhumatisme tuberculeux chez des individus atteints de tuberculose de la peau (lupus et tuberculides), de la même façon qu'on observe des cas de rhumatisme gonococcien, streptococcique ou infectieux quelconque chez des individus ne présentant que des manifestations atténuées de l'infection blennorrhagique, puerpérale ou autre, toutes susceptibles

de déterminer secondairement dans les jointures un processus réactionnel.

Nous ne nous dissimulons point que notre contribution sera modeste : l'expérience nous manque. L'idée première de ce travail revient à M. le professeur Poncet, dont nous avons été l'élève assidu, pendant trois années à Lyon. En le remerciant de la bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, nous le priérons d'excuser notre inexpérience, si malgré toute notre attention et tout notre soin, nous n'avons pu recueillir un plus grand nombre d'observations.

Notre premier chapitre essaiera de donner une explication pathogénique du rhumatisme tuberculeux lorsqu'il survient chez des malades atteints de lupus ou de tuberculides ; dans un second chapitre nous envisagerons la fréquence de ces manifestations articulaires et les formes cliniques les plus fréquemment rencontrées. Le diagnostic, le pronostic et le traitement feront l'objet du dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. — Pathogénie.

Pendant longtemps, on a envisagé la tuberculose comme une affection bien déterminée, dont le tableau clinique répondait à quelque chose de bien défini et qui devait nécessairement se présenter à l'observateur avec un cortège de symptômes toujours identiques à eux-mêmes. Pour les anatomo-pathologistes et les histologistes, il semblait que seuls devaient être considérés comme tuberculeux les individus dont les lésions présentaient macroscopiquement les tubercules, les masses caséeuses, les abcès froids, les fongosités, et microscopiquement les follicules de Kœster, les nodules, les cellules géantes avec leur double ceinture de cellules épithélioïdes et embryonnaires. Un peu plus tard, en plus de ces lésions, on admit quelques productions auxquelles on reconnut une nature tuberculeuse, telles que les synovites à grains riziformes. Mais le cadre de la tuberculose n'était pas plus vaste et les cliniciens, à leur tour, se retranchant derrière les anatomo-pathologistes se refusaient à reconnaître tuberculeuse une lésion qui s'écartait de ces deux types : forme granulique et forme caséeuse.

Mais actuellement, ainsi que l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, M. le professeur Poncet entre autres, à la Société de Chirurgie : « la bacillose ne forme plus une

« unité, mais bien une trinité pathologique. A côté de la
« tuberculose spécifique et classique prennent place, très
« probablement, une tuberculose septicémique et certai-
« nement une tuberculose rhumatismale et inflammatoire,
« avec réaction simple, ordinaire des tissus, comme en pro-
« duisent toutes les infections, tous les empoisonnements. »
Or, la tuberculose est essentiellement protéiforme : elle
peut s'attaquer aux viscères, au squelette, au tégument
externe, en revêtant tel ou tel aspect, et en donnant des
lésions qui sont variables suivant les cas. Il ne suffit pas
que le bacille de Koch envahisse par quelque point que ce
soit l'économie d'un individu pour que fatalement cet
individu soit voué soit à une granulie rapidement mor-
telle qui l'emportera en quelques jours, soit à la progres-
sion lente de lésions qui aboutiront à la fonte caséuse
des tissus atteints. Certes, une infection tuberculeuse par
voie sanguine est généralement d'un pronostic sévère,
mais dans toutes les circonstances où le bacille de Koch
devient un danger pour l'organisme, il n'est pas de cas
assurément, où il soit moins redoutable que lorsqu'il
se localise à la peau. Malgré cela, il n'en subsiste pas
moins que nous devons appeler tuberculeux et le traiter
comme tel, tout individu présentant, en quelque point
que ce soit de son organisme, du bacille de Koch.

On admet depuis le rapport de Hallopeau au III^e Congrès
international de dermatologie et syphiligraphie (1896), que
les manifestations tuberculeuses au niveau de la peau sont
de caractères très différents. L'ulcération tuberculeuse, la
gomme tuberculeuse, le tubercule sous-cutané, tragique-
ment illustré par Laënnec, le lupus vulgaire dit de Willan
constituent les lésions les plus marquées ayant pour cause,

d'une façon indiscutable, la présence du bacille au niveau même des tissus, où on a pu le mettre souvent en évidence par l'examen microscopique, les cultures et l'injection expérimentale au cobaye. Mais, à côté de ces formes bien connues, il existe toute une autre série de manifestations désignées sous le nom de toxi-tuberculides par Hallopeau, de tuberculides par Darier, d'angiodermites tuberculeuses par Leredde, et engendrées suivant ces auteurs par la réaction des tissus, due aux toxines émanées de foyers plus ou moins éloignés. Ce ne sont pas des lésions destructives, elles présentent au contraire une tendance naturelle à la cicatrisation, ne présentent pas la signature anatomo-pathologique habituelle des lésions tuberculeuses et ne donnent pas la tuberculose aux cobayes à qui on les injecte. Mais elles n'en sont pas moins d'origine tuberculeuse, et Claude, in *Revue de la Tuberculose*, 1902, signale un cas d'érythème étendu scarlatiniforme survenu chez un sujet bacillaire, sans qu'il ait été possible de rattacher cet érythème à autre chose qu'à l'intoxication bacillaire dont le malade était atteint. Dans cette deuxième classe rentrent le lichen scrofulosorum, les tuberculoses papulo-vésiculeuses, le lupus érythémateux, les folliculites isolées ou confluentes à type miliaire, etc. Quelques auteurs, comme Claude et de Brun, de Beyrouth, tendraient même à représenter certains érythèmes comme des manifestations de la toxine tuberculeuse, laquelle paraît modifier profondément l'état de la circulation et de la sécrétion cutanée. C'est à cette conclusion qu'aboutit Leredde également.

En 1902, au Congrès de Toulouse, cet auteur a précisé la façon dont il faut comprendre les tuberculoses de la

peau et les angiodermites tuberculeuses et comment il convient d'envisager les notions qui en découlent au point de vue de la pathologie générale : la tuberculose est une maladie infectieuse, c'est peut-être même la plus infectieuse de toutes les maladies et elle peut agir sur la peau par ses bacilles eux-mêmes ou par leurs toxines.

Pautrier, in *Bulletin médical*, novembre 1903, parle dans le même sens.

C'est ce qu'on observe en effet couramment. Un individu porteur d'une tuberculose pulmonaire par exemple, voit se faire sur sa peau une localisation secondaire de bacille de Koch amenant un lupus, ou bien une éruption survient dont les éléments constitutifs sont des toxi-tuberculides. Ultérieurement ces malades peuvent présenter des manifestations articulaires de leur intoxication, et dans ces cas il est très difficile de dire si la toxine est partie de la peau ou de la caverne pulmonaire.

Mais il existe d'autres cas, où un lupus est le seul signe de l'infection, et nous montrerons par des observations que dans ces cas même, on assiste à des modifications du côté des jointures. Ne peut-on, dans ces conditions, émettre l'hypothèse que le rhumatisme qu'on observe est un rhumatisme tuberculeux, et que l'agent provocateur de ces fluxions articulaires vient de la peau ? Car, de même que les bacilles, primitivement localisés aux viscères, peuvent envoyer leurs toxines vers la peau, ceux qui commencent par envahir le tégument sous la forme d'un lupus par exemple, peuvent très bien envoyer leurs produits solubles à distance ; et il n'y a aucun illogisme à admettre l'existence d'une lésion viscérale ou articulaire secondaire, à point de départ cutané, puisqu'on admet bien une lésion

cutanée, comme conséquence d'une lésion première viscérale ou articulaire. Du reste Besnier dit que même dans les cas frustes de tuberculose, « on voit se développer des accidents plus profonds du côté des ganglions ou des viscères, des méninges, des synoviales. »

Nous ne voudrions pas laisser supposer que le rhumatisme tuberculeux, chez les individus présentant une tuberculose cutanée, soit dû à la localisation secondaire du bacille de Koch aux synoviales articulaires. Au contraire, ce qui caractérise le rhumatisme tuberculeux, c'est l'absence des lésions caractéristiques que produit habituellement le bacille. Ce n'est pas la tumeur blanche du genou, la carie sèche de l'épaule ou la granulie des synoviales étudiée par Laveran, pouvant déterminer le catarrhe bacillaire dont parle Heller de Kiehl; c'est une réaction banale, laissant ou non un reliquat dans l'article intéressé et qui n'est due qu'à la toxine du bacille tuberculeux. Une observation de Lannelongue acquiert, à ce sujet, la valeur d'une expérience. Il s'agit d'un enfant âgé de 8 ans, qui présentait quatre lupus avec persistance d'un bon état général sans aucun phénomène morbide du côté des articulations. Cet enfant reçoit, en l'espace de huit jours, trois injections d'un milligramme de lymphé de Koch. Un abattement général survint, avec une éruption papuleuse confluyente et des phénomènes articulaires. Ces phénomènes consistaient en arthralgies du genou et du tibia gauches, gêne dans les mouvements de rotation de la tête, épanchement dans les deux coudes, gonflement du poignet gauche. L'épanchement qui apparut ensuite dans le genou droit persista longtemps. Il fut ponctionné et inoculé au cobaye, sans qu'on ait pu obtenir de symptômes

de tuberculisation de cet animal pourtant si sensible.
« Ainsi, conclut M. Mauclaire, qui avait rédigé l'observation,
« voilà un enfant atteint de tuberculose limitée à la peau,
« sans localisation aucune aux organes profonds. On lui
« fait des injections de lymphé de Koch. La troisième est
« suivie d'accidents, du côté des articulations. On peut se
« demander si ces accidents ne sont pas dus à l'action de
« la lymphé; en tous cas, la réaction locale qui accom-
« pagne l'emploi du médicament et la dilatation vascu-
« laire consécutive permettent de considérer cette hypo-
« thèse comme plausible. »

Or, ceci était écrit en 1890 et nous avons montré qu'à cette époque le rhumatisme tuberculeux était inconnu. Ne peut-on pas admettre aujourd'hui, étant donné ce qu'on sait des localisations articulaires de la tuberculose qu'il ne s'agissait peut-être là que d'une poussée de rhumatisme due aux toxines du bacille de Koch et survenant chez un enfant, tuberculeux de par son lupus seul, et dont l'état général, l'économie tout entière auraient été profondément troublés par l'introduction surajoutée d'un produit lui-même manifestement tuberculeux puisqu'il contient le poison tuberculeux? Du reste, dans le domaine de la médecine expérimentale, M. Dor n'a-t-il pas récemment rappelé le fait suivant qu'il a observé avec le professeur Courmont : sur des lapins, en faisant dans les veines une injection de tuberculose atténuée, ils ont produit au bout de cinq mois des arthrites dans différentes articulations. Très généralement, ces arthrites affectaient la forme de tumeurs blanches. Cependant, quelques articulations contenaient des grains riziformes, d'autres, enfin uniquement, un liquide séreux. Il y a donc un type

de tuberculose expérimentale qui correspond au type clinique de M. le professeur Poncet. Il suffira donc que le bacille de Koch arrive à déverser sa toxine dans l'économie tout entière pour assister aux différentes phases que nous révèle l'expérimentation.

Or, le bacille de Koch est un hôte, sinon habituel, du moins fréquent de nos tissus. Le professeur Strauss n'a-t-il pas démontré sa présence sur la muqueuse pituitaire des élèves de son service ? Ces jeunes gens sont-ils tous devenus pour cela tuberculeux ou plus exactement phtisiques ? Assurément non, parce que chez eux, par suite de conditions de résistance particulièrement favorables, la graine ne pouvait germer. Mais admettons un individu placé pour quelque raison que ce soit en état de *minoris resistentiæ* et assailli par une quantité particulièrement considérable de bacilles, sous forme, par exemple, d'un vaste placard lupique, très étendu, couvert de tubercules, sur un tissu spécialement apte à favoriser la pululation du germe ; que va devenir cet individu ? Deviendra-t-il phtisique ? Pas nécessairement. Les cas sont fréquents dans la clinique où à des lupus même très étendus et mutilants ne fait pas suite la tuberculose pulmonaire et il n'y a à cela rien d'étonnant, car les réactions du bacille de Koch peuvent très bien se manifester par des troubles nerveux simplement, donnant des arthralgies, ou par ce que le docteur Heller de Kiehl appelait le catarrhe bacillaire qu'il considérait comme le premier effet du bacille tuberculeux.

Nous avons dit que la tuberculose limitée à la peau était ordinairement une tuberculose limitée atténuée et que chez les lupiques, l'infection pouvait rester cantonnée

aux téguments. Et en effet, dans quelques unes de nos observations, il semble bien que les manifestations observées du côté des jointures ne reconnaissent comme unique facteur causal que la lésion antécédente tuberculeuse fixée à la peau. Mais dans la plupart des cas, il n'en est pas ainsi, croyons-nous, et on peut presque toujours déceler une épine tuberculeuse quelque part, ganglion suppuré, adénopathies inflammatoires, submatité pulmonaire, mal de Pott ou coxalgie anciens. Du reste on sait combien nombreuses sont les autopsies au cours desquelles on met en évidence un foyer cicatrisé ou fibroisé de tuberculose que les moyens cliniques d'exploration n'avaient pas même permis de soupçonner. Ces individus étaient porteurs de bacilles, mais de bacilles que le processus de sclérose cicatricielle avait étouffés, et la toxine ne circulant plus, l'état général était redevenu floride. On observe quelque chose d'analogue chez les individus atteints de tuberculose de la peau. Plus le placard pathologique est grand, plus grande est la résorption de toxines, et mieux les toxines circulent, moins bon est l'état général.

En tous cas, il semble que le rhumatisme tuberculeux reconnaît le plus souvent comme facteur étiologique, comme *primum movens*, la présence au sein des tissus d'un foyer tuberculeux et que les manifestations articulaires qu'on observe sont dues tantôt à une réaction tenant à la présence des bacilles dans la synoviale (granulie des synoviales de Laveran), tantôt et le plus souvent à une réaction inflammatoire simple déterminée par la toxine tuberculeuse, de la même façon que les autres infections, les intoxications peuvent déterminer des réactions du côté des jointures. Ce qui domine dans les manifestations réaction-

nelles de la toxine tuberculeuse, c'est la congestion, la phlogose, l'inflammation; semblable à cela à d'autres poisons microbiens, en particulier à la malléine, à la toxine diphtéritique, la toxine tuberculeuse possède des propriétés vaso-dilatatrices. Des manifestations hyperémiques exsudatives peuvent se produire dans les foyers tuberculeux internes : Grasset a signalé des hémoptysies chez les individus traités par la tuberculine et qui antérieurement étaient indemnes de tout symptôme analogue; Wirchow a observé des hyperémies aiguës avec rougeur intense et tuméfaction dans les articulations malades. Aussi nous paraît-il rationnel d'admettre l'existence d'une fluxion des synoviales due à la toxine bacillaire quand nous nous trouvons dans des conditions analogues à celles dont parlent Grasset et Wirchow. Au niveau d'une ulcération étendue de la peau où abonde le poison, il se fait une résorption intense de ce poison qui envahit toute l'économie en déterminant de la vaso-dilatation, soit par lui-même, soit par l'intermédiaire d'autres substances dont occasionnellement il provoque la formation.

CHAPITRE II

Observations. — Fréquence. — Formes cliniques.

L'hypothèse que nous avons émise au nom de la pathologie générale, à savoir : qu'un processus infectieux, tuberculeux en l'espèce, déjà localisé à la peau, pouvait avoir un retentissement sur les synoviales articulaires en sollicitant d'elles des réactions d'intensité variable, nous fait un devoir d'en tenter la vérification et nous devons nous demander si :

1^o On trouve des cas de rhumatisme tuberculeux chez des porteurs de tuberculose cutanée;

2^o Quelle est la fréquence de cette localisation articulaire ?

3^o Quelles sont les formes cliniques qu'on rencontre le plus fréquemment ?

Les cas ne nous ont pas paru très nombreux dans la littérature médicale, mais cette rareté n'a rien qui doive nous étonner, attendu que le rhumatisme tuberculeux ne date que de quelques années et qu'il y a six ans son histoire était encore inconnue. On ne pouvait par conséquent envisager dans ses rapports avec d'autres affections une affection qu'on méconnaissait. Cependant, en parcourant les publications récentes, nous avons pu colliger quelques

observations qui auraient assurément été plus nombreuses si les conditions avaient été autres. En effet, les dermatologistes qui en sont les auteurs, ayant à publier une observation intéressante au point de vue dermatologique pur, ne signalaient, en passant, que les manifestations articulaires assez graves pour avoir d'emblée attiré leur attention, et ils ont tout naturellement, pour ne les avoir point recherchées, passé sous silence les formes plus bénignes, arthralgiques surtout, qui sont, comme nous le montrons, de beaucoup le plus fréquemment trouvées quand on les recherche par un interrogatoire soigné.

A. Rhumatisme tuberculeux et Lupus. — Pour compléter nos recherches bibliographiques autant que pour nous faire une opinion personnelle sur la question, nous avons examiné à la Clinique dermatologique de l'Antiquaille, vingt-neuf malades atteints de lupus, que nous présentait le hasard et sur six d'entre eux, nous avons noté la coexistence de manifestations tuberculeuses sur le tégument et au niveau des articulations. Nous y ajoutons la publication de neuf observations étrangères, où la même coexistence a été observée. On pourra y voir que les phénomènes rhumatismaux signalés se rencontrent surtout chez des individus atteints soit de lupus anciens, soit de lésions lupiques très étendues. Aucun enfant ne figure dans ce tableau, probablement parce que ceux que nous avons examinés (ils étaient cinq) étaient porteurs de lésions trop récentes ou trop peu étendues. De plus, nous avons évité de rapporter les observations d'individus ayant des antécédents héréditaires ou personnels entachés d'arthritisme, pour qu'on ne soit pas tenté de mettre sur le

compte de cet état constitutionnel les troubles intéressant les articulations.

OBSERVATION I

Recueillie à la clinique des maladies de la peau.

Lupus ancien de la face. — Arthralgie du coude droit.

R..., Clémence, 20 ans. Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires. Vers l'âge de 6 ans, abcès froid au-dessous de l'orbite droit. Lupus greffé sur la cicatrice. Deuxième abcès symétrique à gauche. A 10 ans, tumeur blanche du coude gauche. Ankylose à angle droit. A 11 ans le lupus avait envahi toute la face, la mutilant horriblement. Enucleation de l'œil droit.

En juin 1902, rhumatisme articulaire du coude droit. Douleur fixe quant au siège, durée de 3 mois. Depuis janvier 1903, douleur osseuse et gonflement de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Actuellement (juin) vaste masque ulcéré par points, destruction du nez, disparition du lobule de l'oreille droite, occlusion d'une narine. Le coude droit a son exercice normal, pas de traces de gêne fonctionnelle. Le jeu des tendons est normal.

22 juin 1900. — Persistance de la tuméfaction du poignet, surtout au niveau du cubitus. Pas de chaleur, pas de rougeur, mais douleur à la pression. L'os lui-même n'est pas douloureux à la pression.

15 octobre. — Les arthralgies du coude droit reviennent de temps en temps et durent deux jours environ. Grande amélioration du lupus par la photothérapie et les pointes de feu. Quelques ulcérations suintent. Un nouveau placard est apparu à la face interne du bras droit, à deux travers de doigt au-dessus de l'épitrachlée. Il augmente d'étendue. Un autre à la pointe de l'omoplate. Un liquide louche en séchant donne une croûte. La tuméfaction du poignet gauche est allongée longitudinalement et fluctuante. Il ne semble pas que ce soit une synovite. Spontanément, la malade souffre pendant quelques jours d'une douleur profonde au poignet.

OBSERVATION II

Recueillie à la clinique des maladies de la peau.

Lupus de la face. — Arthralgies intermittentes et tenaces.

D..., Charles, 18 ans. Aucun antécédent bacillaire héréditaire ou collatéral. Adénites dans l'enfance. Début de l'affection actuelle il y a deux ans. Il y a six mois apparition, pour la première fois, de douleurs aux genoux. Elles étaient intermittentes, mais duraient plusieurs jours.

Actuellement, le lupus qui a débuté par l'angle nasogénien offre l'aspect d'un vaste placard mamelonné et ulcéré par endroits. Les bords irréguliers tranchent mal sur les tissus restés sains. La lèvre supérieure est infiltrée et ligneuse; elle est surmontée par un reliquat des cartilages du nez dont tout le reste a été détruit. Du côté des articulations rien d'anormal. Pas de douleurs à la pression. Pas de craquements lors des mouvements. Pas d'hydarthrose.

5 juin 1903. — Les douleurs sont survenues dans les deux genoux, surtout à l'occasion des mouvements, sans que l'examen objectif des articulations permette de rien déceler.

20 juin. — Disparition de la douleur dans les genoux, qui a duré avec une acuité égale pendant quinze jours.

15 Octobre. — Il y a eu des alternatives de douleur et de rémissions sans que les articles atteints aient présenté de gonflement ni de rougeur. Aujourd'hui c'est le coude gauche qui est malade. Les mouvements d'extension et de flexion sont pénibles et causent de la douleur. Le coude est augmenté de volume. La pression exercée de chaque côté de l'olécrane, le membre supérieur étant dans la rectitude détermine un maximum de douleur. On note de la fluctuation.

29 octobre. — Malgré l'antipyrine, la douleur ne cédant pas, on immobilise le coude gauche dans une gouttière après révulsion à la teinture d'iode. La région périolécrannienne est toujours très douloureuse.

5 novembre. — Le repos a calmé la douleur. Elle n'est pas réapparue dans les genoux. Le lupus ne s'est pas amélioré beaucoup à cause de la profondeur des lésions.

OBSERVATION III

Recueillie à la clinique des maladies de la peau.

Lupus tuberculeux de la face. Ostealgies du tiers inférieur des fémurs. Arthralgie de date récente.

R..., Marie, 31 ans. Père et mère non tuberculeux apparemment et non rhumatisants. Sœur morte de phtisie. Frère bacillaire. Enfance chétive, privations de toute sorte. Début du lupus à l'âge de 25 ans, à la tempe droite. Un an après, apparition de sensation de faiblesse dans les membres inférieurs avec douleurs spontanées et provoquées par des pressions à la partie inférieure des fémurs. A 29 ans, nouvelle plaque lupique à la pommette droite. A 31 ans, nouvelle plaque à la narine gauche.

Actuellement, état général assez bon. La malade s'enrhume bien chaque hiver, mais l'auscultation ne décèle rien de positif aux poumons. La plaque de la tempe est cicatrisée à peu près. Les deux autres n'ont guère subi de modifications malgré le traitement. Il y a hyperproduction cornée de l'épiderme. Les tubercules sont très visibles, et n'ont subi aucun ramollissement ni ulcération. Ils sont étendus de six centimètres sur cinq chacun. L'examen minutieux des articulations elles-mêmes ne permet pas de noter autre chose qu'une douleur à la pression des deux fémurs au-dessus de l'espace interarticulaire.

22 juin. Toujours la même faiblesse des membres inférieurs, localisations identiques de la douleur. La malade boite en marchant.

27 octobre. Le lupus n'a guère changé d'aspect malgré les pointes de feu et l'acide picrique. La pression est toujours douloureuse au tiers inférieur des fémurs. Symptôme nouveau : La pression sur l'interligne articulaire éveille de la douleur. Pas d'hydarthrose.

OBSERVATION IV

Recueillie à la clinique des maladies de la peau (Consultation externe).

Lupus de la joue. — Arthralgies. Arthrite sèche.

C..., Gustave, 49 ans, se présente à l'Antiquaille pour une affection ulcéreuse de la joue droite datant de six ans et de la faiblesse. Antécédents héréditaires entachés de bacillose surtout du côté maternel.

Pas de maladies graves de l'enfance qui a été chétive. Aspect lymphatique, visage pâle, amaigri. L'ulcération qu'il présente à la joue a débuté, il y a 6 ans, par un petit bouton, dans l'angle nasogénien. Ce bouton n'a pas guéri et s'est étendu au point d'atteindre une dimension supérieure à celle d'une pièce de cinq francs. A cette époque, il y a trois ans, le malade a été amélioré par la photothérapie, méthode de Finsen.

Actuellement, surface ulcérée de trois centimètres sur trois centimètres environ, d'aspect gaufré, circonscrite par de petits nodules présentant une coloration jaunâtre quand on tire la peau à la périphérie. Un liquide séropurulent rare, sourd lentement et se concrète en croûtes. Les tissus environnants sont plutôt infiltrés. Ganglions cervicaux et retro-parotidiens tuméfiés. Pas de généralisations ganglionnaires. Le malade dit s'enrhumer facilement les hivers. Il cracherait peu. Appétit conservé. Pas de sueurs nocturnes, pas d'hémoptysie. Amaigrissement notable. Depuis quatre ou cinq ans, douleurs dans les articulations, particulièrement dans le membre supérieur droit. Ce sont des douleurs vagues, sans localisation précise, contre lesquelles un traitement salicylé n'aurait donné aucun résultat. Pendant les crises, tout travail est impossible. Elles durent cinq à six jours. Actuellement quelques craquements dans l'épaule droite à l'occasion des mouvements provoqués. Les jointures n'ont jamais été gonflées.

OBSERVATION V

Recueillie à la clinique des maladies de la peau.

Lupus mutilant de la face. — Arthralgies du membre supérieur et hydarthrose du genou gauche.

T..., Lucie, 17 ans. Père mort de fluxion du poitrine (?) Mère bien portante. Frères et sœurs morts de tuberculose pulmonaire. Nombreuses adénités suppurées dans l'enfance. A 10 ans, début du lupus au niveau d'une érouelle préauriculaire. Un an après, la malade se mit à souffrir de ses deux genoux. Pas de gonflement à cette époque mais douleurs vives à l'occasion des mouvements. Persistance de ces douleurs pendant près d'un an. Extension progressive du lupus jusqu'en juin 1902. Disparition des douleurs articulaires qui entre temps étaient devenues intermittentes.

En mars 1903, réapparition des douleurs au genou gauche. Cette douleur spontanée, sourde, continue s'est accompagnée de gonflement de l'article. Il y a deux mois, apparition d'un abcès froid cutané à la jambe gauche. La cicatrice n'adhère pas aux plans profonds. L'état général est à peu près satisfaisant. L'auscultation des poumons reste négative. Le lupus, qui est très étendu, forme un masque rouge, profondément infiltré. Du côté du genou, gonflement appréciable à la vue. Disparition du méplat de chaque côté du tendon rotulien gauche. Pression douloureuse exactement au niveau de l'interligne. Pas de choc rotulien. La synoviale ne semble pas épaissie. Le cul-de-sac sous tricipital semble normal. Les mouvements spontanés et provoqués exécutés lentement ne sont pas douloureux. Brusqués, ils éveillent de la douleur. Quoique anciennement le genou droit ait été atteint d'arthralgie, actuellement (juin 1903) il ne présente rien. Le malade se plaint un peu de son poignet droit.

7 novembre 1903. — Le lupus, qui, entre temps, s'est étendu et a gagné secondairement l'épaule droite, n'a pas changé d'aspect. Le poignet droit est douloureux « aux changements de temps et à l'occasion des mouvements ». La douleur au genou gauche a dis-

paru, puis est revenue. On a incisé au sein gauche une collection de pus mal lié, analogue à celui qui est sorti de l'abcès de la jambe gauche. A l'auscultation, obscurité respiratoire, inspiration saccadée. Pas de râles, pas d'expectoration.

OBSERVATION VI

Recueillie à la Clinique des maladies de la peau.

Lupus de la face datant de 4 ans. — Hydarthrose du coude gauche. — Arthralgie du genou gauche. Arthrite du genou droit. — Synovite sérieuse à l'avant-bras gauche. — Sciatique gauche.

C..., Léon, 30 ans. — Père mort à 53 ans de grippe infectieuse. Mère ayant eu des douleurs. Bronchite au régiment ayant amené la réforme. En mai 1899, il fut atteint de nodules au-dessus du sourcil, et d'arthrite du genou droit ayant nécessité des pointes de feu et l'application d'un appareil silicaté. Sorti de l'hôpital après un séjour de six mois. Il persista un peu de faiblesse dans le membre inférieur droit. En octobre 1900, second séjour à l'hôpital pour récidive du lupus traité à la Faculté de médecine par la méthode de Finsen.

A ce moment, douleur et impotence du coude gauche. L'affection fut diagnostiquée à l'Hôtel-Dieu hydarthrose tuberculeuse. Un cubitus valgus pathologique suivit. En novembre 1901, troisième séjour à l'Antiquaille pour un lupus étendu du front et du nez. Applications photothérapeutiques nombreuses sans résultat.

Il y a deux mois, douleurs dans le genou gauche avec gonflement de l'articulation. Actuellement (mars 1903), bon état général malgré des signes de méiopragie du côté du poumon. Lupus étendu et à localisations multiples des joues, du nez, du front, sans ulcération. Augmentation de volume persistante du genou droit, pas d'hydarthrose ni d'ankylose, raideur articulaire. Atrophie des masses musculaires de la cuisse. Coude gauche douloureux à l'extension complète. Empâtement de chaque côté de l'olécrâne, douleur au niveau de l'interligne articulaire. Atrophie du

biceps fémoral. Depuis une dizaine de jours, le malade accuse une douleur fonctionnelle à l'avant-bras gauche et occupant la gaine des radiaux.

41 mai 1903. — Persistance de la douleur à l'avant-bras. Indolence du genou gauche. Fluctuation dans la gaine des radiaux. Pas de crépitation à ce niveau.

5 juin 1903. — Réapparition des douleurs dans le genou gauche sans réapparition du gonflement. Le malade a remarqué depuis plusieurs mois un certain balancement entre les douleurs de l'avant-bras et celles du genou. De plus depuis une dizaine de jours, douleur à l'extension forcée dans la partie postérieure de la jambe gauche; cette douleur correspond au trajet du nerf sciatique.

20 juin 1903. — Le malade vient d'avoir une ascension thermique de 39° qui a duré cinq jours et après laquelle les douleurs des jointures ont totalement disparu. Le lupus persiste.

31 octobre. — La douleur est revenue au poignet. Elle s'exagère par la pression. Révulsion par les pointes de feu. Immobilisation. Pas de signes cavitaires du côté du poumon.

OBSERVATION VII (résumée)

BOUVEYRON, *Revue de Chirurgie*, 1903.

Lupus du nez. — Hydarthrose du genou gauche. — Bronchite chronique.

B..., Annette, 34 ans. — Bonne santé apparente. Il y a deux ans, début d'un lupus de la face qui fut très étendu, mais actuellement très amélioré. Les parents n'ont jamais rien présenté quoi que ce soit du côté du poumon ou des articulations. Bonne santé dans l'enfance.

Début de la maladie il y a un an et demi, par une petite plaque rouge dans le sillon naso-génien, ayant guéri et récidivé huit mois après. A ce moment, abondants nodules rougeâtres sur les ailes du nez suppurant du côté gauche. Présence d'une plaque de même nature à l'épaule gauche de la largeur de la paume de la main. Actuelle-

ment (mars 1903), amélioration considérable de l'état ancien, plus d'ulcérations ni de nodosités, mais infiltration nette. Deux à trois mois avant le début du lupus, douleurs dans le genou gauche augmentant par la fatigue et accompagnées de gonflement. Ces douleurs ont duré jusqu'à l'époque actuelle. A l'inspection, gonflement léger; pas de rougeur ni de chaleur anormales à la palpation; choc rotulien marqué. Pas de pseudo-fluctuation. Maximum de douleur de chaque côté de la rotule. Craquements dans les jointures lors de mouvements. Dans les fosses sus et sous claviculaires, submatité, diminution de la respiration. Etat général très bon.

OBSERVATION VIII (résumée)

FLORENCE. *Toulouse médical*, 1902

Lupus de la face. — Hyperostose douloureuse. — Arthralgie du genou.

Enfant atteinte depuis plusieurs années de lupus et d'hyperostose douloureuse de la diaphyse humérale gauche et d'arthralgie du genou, ayant évolué tardivement vers la tumeur blanche. Lésions parostales du cubitus droit récentes.

OBSERVATION IX (in-extenso)

BOUYEYRON. *Revue de chirurgie*, 1903.

Lupus greffé sur un ancien ulcère variqueux. — Synovite de la gaine du tendon d'Achille. — Lupus de la face.

Veuve C..., 36 ans. Aucun renseignements sur les antécédents héréditaires. A 8 ans, maux d'yeux ayant duré trois ans et ayant abouti à une synéchie antérieure. Peu de temps après la menstruation survenue à 10 ans, abcès du sein ouvert spontanément. Mariée, eut quatre enfants, dont l'aîné seul vivant. Pas de fausses couches. Les autres morts de diarrhée. Mari mort de phtisie pulmonaire.

Il y a huit ans, affection cutanée prurigineuse guérie par les bains. Il y a un an, ulcération de la jambe gauche due à une varice, traitée par l'application de bandelettes d'oxyde de zinc. Depuis le mois d'octobre dernier, éruption de boutons persistants d'apparence non syphilitiques, siégeant au menton. En juillet, derrière la malléole interne apparut une ulcération, qui, après guérison, se rouvrit sous l'influence d'un travail pénible.

Actuellement (mars 1903), placard tuberculeux typique au menton, de la dimension d'une pièce de 2 francs. Règles fréquentes et abondantes. Rien aux poumons, pas de toux. Derrière la malléole interne gauche, placard rouge infiltré, de la dimension de la paume de la main, dont le centre a l'apparence de tissu cicatriciel à contours mal limités. Au niveau du tendon d'Achille, tuméfaction allongée, fluctuante, ayant débuté avec le lupus non douloureux. Au tiers inférieur de la jambe gauche, deux placards espacés de 5 centimètres et larges comme une pièce de un franc. Cordons variqueux au mollet gauche. Tuméfaction fluctuante en avant du grand adducteur, de la grosseur d'une noisette; au-dessus de cette gomme, cordons indurés remontant jusqu'à l'arcade crurale. Incisée, elle donne issue à du pus grumeleux. La tuméfaction située au niveau du tendon d'Achille a complètement disparu. Production d'une nouvelle gomme à la partie postérieure du mollet.

OBSERVATION X (résumée)

MAILLAND. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1900.

. *Lupus de la face. — Rhumatisme ankylosant.*

Homme, réformé au service militaire pour lupus grave, traité ensuite par M. Augagneur. Gonflement des tibio-tarsiennes. Pas de gonocécie, gonflement du coude. Inefficacité de l'antipyrine et du salicylate. Rupture des adhérences tibio-tarsiennes sans chloroforme. Mouvements possibles actuellement, mais limités.

OBSERVATION XI

BOUVEYRON. *Revue de chirurgie*, 1903 (in extenso).

Lupus mutilant de la face. — Arthrite sèche.

D..., 38 ans. Père mort de néphrite suppurée. Mère morte à 42 ans, de cardiopathie. Sœur morte de variole noire. Frère mort de péritonite. Début du lupus, il y a 30 ans, au-dessous de l'œil droit et de l'oreille. Evolution torpide, applications de pâte de Vienne et cautérisation au fer rouge. Il y a treize ans, traitement par la lymphé de Koch, qui amena une extension du lupus, mais une diminution d'épaisseur. La face entière fut alors envahie. Depuis cinq ou six ans, le malade a souffert de douleurs articulaires aux genoux, sans gonflement ; les douleurs étaient intermittentes, fixes quant à leur siège et survenant à l'occasion de mouvements ou spontanément, duraient cinq ou six jours.

Il y a trois ans, le lupus rongea le côté droit de la face. Depuis trois mois les douleurs arthralgiques ont disparu. L'oreille droite a disparu, le conduit auditif externe est obturé presque complètement, les paupières inférieures sont en ectropion complet. Par suite de l'occlusion incomplète, il y a larmoiement et photophobie. Un autre placard lupique occupe le vertex, parsemé comme le reste d'ilots cicatriciels. Aucun symptôme objectif aux genoux sauf des craquements très nets.

5 juin 1903. — Les douleurs des genoux sont revenues spontanément ainsi qu'au poignet gauche. Administration de 80 centigrammes de cryogénine. Gonflement de la tabatière anatomique, douloureux.

22 juin. — Le gonflement du poignet a disparu, cependant douleur persistante à la pression. Badigeonnage de teinture d'iode.

OBSERVATION XII

BOUVEYRON. *Revue de chirurgie*, 1903 (in extenso).

Lupus de la face. — Rhumatisme de la colonne vertébrale.

V..., Jean, 36 ans. Père mort d'un abcès du foie. Pas de nouvelles de la mère. Ni frère, ni sœur. Dothi'énenterie à 9 ans.

Début du lupus à 20 ans. A ce moment petite plaque rouge et infiltrée sur la racine du nez. Envahissement de tout le nez et extension aux deux pommettes. Destruction de la cloison nasale, propagation à la lèvre supérieure et au palais jusqu'à la luette. Raclages et pointes de feu. Actuellement, large placard en masque recouvrant tout le centre de la face. Rougeur non uniforme. Rétrécissement des orifices des narines, infiltration de la lèvre supérieure. Nodules nombreux sur ces surfaces. Quelques ganglions sous-maxillaires.

Depuis six ans, douleurs au niveau de la colonne dorso-lombaire intermittentes et fixes quant au siège, quelquefois aussi à l'épaule droite. Douleur à la pression des apophyses épineuses et à la flexion du corps. Pression sur le vertex non douloureuse. Pointes de feu à ce niveau. Administration quotidienne de 80 centigrammes de cryogénine.

22 juin. — Disparition des douleurs dans la colonne vertébrale. Aucune douleur à la pression et à la percussion des apophyses épineuses.

OBSERVATION XIII

BOUVEYRON. *Revue de chirurgie*, 1903 (in extenso).

Lupus tuberculeux de la face. — Douleurs rhumatismales.

G.... Claude, 80 ans. Rien dans les antécédents héréditaires. Ethylisme. S'enrhumé facilement. Jamais de rhumatisme malgré

la profession de mineur. Erysipèle en 1903. Début du lupus il y a huit ans, par la narine. Extension rapide à la lèvre supérieure, au nez et aux deux pommettes. Actuellement, état général amélioré et localement présence de nombreux nodules disséminés.

Depuis trois mois, douleur rhumatoïdes dans les jarrets, réveillés par la pression des tendons de la patte d'oie et de l'interligne articulaire du genou. Pas de symptômes objectifs autres du côté du genou. Effet heureux pour le lupus d'une récurrence d'érysipèle.

5 juin. Récurrence des douleurs rhumatoïdes, nettes surtout lors des mouvements.

OBSERVATION XIV

BOUVEYRON, *Revue de chirurgie*, 1903 (in-extenso)

Lupus de la face. Hyperostoses douloureuses. Arthrites des doigts. Spina ventosa.

T..., Marie, 28 ans. Père mort de fluxion de poitrine. Mère morte d'affection cardiaque. Frères et sœurs bien portants. Pas de maladies de l'enfance. Règles fréquentes et abondantes. A 21 ans, pleurésie et hémoptysie. A 24 ans, grossesse menée à terme.

L'affection actuelle débuta, il y a un an et demi, par des boutons dans le nez avec enchifrènement. La narine fut envahie. La photothérapie amenda ce lupus. Plus tard, propagation aux deux ailes du nez et aux joues. Un mois après le début, douleurs dans l'index gauche et aux articulations métacarpo-phalangiennes gauches et à la crête du tibia droit, intermittentes mais fixes qui ont persisté depuis. Immobilisation plâtrée de la main gauche. Depuis un mois, le cubitus droit et douloureux à son tiers inférieur et gonflé. Sous la peau, on peut faire rouler de petites nodosités fermes, non adhérentes à l'os, au nombre de cinq à six, grosses comme un pois. Des badigeonnages iodés les firent disparaître.

Actuellement, lupus étendu des ailes du nez et des joues, cicatrisé par endroits. Spina ventosa de la phalange de l'index gauche.

Mouvements de l'articulation sousjacente limités. Rugosités de la crête tibiale droite, gonflement en masse du tiers inférieur du cubitus, non douloureux. Gonflement sans douleur de la base des trois derniers métacarpiens gauches. Rien au poumon. Etat général bon.

OBSERVATION XV

BOUYEYRON, *Revue de chirurgie*, 1903 (in-extenso)

Lupus de la face. Arthralgie du poignet gauche. Hyperostose douloureuse de l'apophyse styloïde du radius gauche.

Veuve C..., 42 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures. Mariée à un phthisique, pas d'enfants.

A 38 ans, apparition du lupus à l'angle interne de l'œil gauche. On aurait incisé (?) sans résultat. L'infiltration s'étendit sur les tissus environnants.

Actuellement, le nez et une grande partie de la face gauche sont occupés par un vaste placard lupique avec nodules abondants. Croûtes brunâtres dans les narines. Au centre de la joue gauche, gomme fluctuante grosse une noisette. Il y a trois mois, douleurs dans la hanche gauche à l'occasion d'une menstrue. A la menstrue suivante, douleur dans le poignet gauche. Cette douleur était persistante avec exaspération à la pression. Pas de fongosités ni d'hydarthrose. Gonflement assez marqué de l'apophyse styloïde du radius gauche. La malade ne tousse pas actuellement. Son état général est bon.

20 juin 1903. — Sortie de l'hôpital il y a deux mois, la malade y revient dans le même état qu'à son départ. Empâtement de la région antero-externe du poignet. Douleurs lors des mouvements. Disparition du creux de la tabatière anatomique. Etat du lupus stationnaire. Aucun signe sthétoscopique. Bon état général. Cependant amaigrissement.

B. Rhumatisme tuberculeux et tuberculides. — En même temps que nous examinions des malades atteints de lupus, il nous était donné d'examiner, tant à la clinique dermatologique de la Faculté que dans différents services de l'Hôtel-Dieu, douze sujets porteurs de tuberculides de la peau, et sur deux seulement d'entre eux nous avons pu noter l'apparition simultanée ou consécutive de lésions toxiniques de la peau et de rhumatisme tuberculeux. En compulsant les auteurs, nous avons pu nous rendre compte que pareille coexistence était rarement notée, et nous avons pensé que là encore, comme pour le lupus, il fallait voir dans cette rareté une conséquence d'une recherche trop peu souvent faite. Ces cas, étrangers à notre observation personnelle, sont au nombre de huit.

OBSERVATION 1

Recueillie à la Clinique des maladies de la peau.

Tuberculides à tendance cicatricielle et à groupement de lichen scrofulosorum. — Ostéo arthrite tuberculeuse ancienne. — Arthralgies d'un coude et des genoux.

L. ., Céline, 29 ans, lingère, entre le 19 septembre 1903 pour une éruption siégeant sur tout le corps et datant de plus de quatre mois.

Père mort de congestion pulmonaire. Mère morte de péritonite chronique, six frères et sœurs vivants et bien portants. Pas de maladies de l'enfance, pas d'adénopathies. A 15 ans, ostéo arthrite bacillaire du coude droit. Pointes de feu, immobilisation. Ankylose à angle droit. A 20 ans, bronchite et légère hémoptysie. En 1903, bronchite grave ayant duré cinq semaines.

Au début de mai, apparition au cou et aux deux bras d'une éruption qui ne tarda pas à se généraliser. C'étaient des petits

boutons rouges, légèrement surélevés, disséminés, et dont la cohérence détermina la formation de plaques à contours plus ou moins polycycliques. Ils n'étaient pas douloureux, non prurigineux, ne suintaient pas, sauf aux jambes. A mesure qu'ils devenaient plus nombreux, la malade sentait ses forces décliner. Ils persistèrent quelque temps, puis disparurent au bout d'un mois, par places, laissant une teinte blanche d'aspect cicatriciel ; sur ces îlots, de nouveaux éléments réapparurent. Le diagnostic porté fut celui des tuberculides. En mai, c'est-à-dire au moment où apparut l'éruption, la malade se mit à souffrir des articulations des genoux et des cou-de-pieds. Les articulations douloureuses n'étaient le siège d'aucun gonflement, d'aucune rougeur de la peau. Il y avait des exaspérations nocturnes, mais même pendant le jour la malade vaquait avec peine à ses occupations.

Aujourd'hui, par suite du repos prolongé au lit, les symptômes douloureux sont bien atténués ; cependant une mauvaise position pendant la nuit, une station debout un peu prolongée les font réapparaître. Il y a huit jours, la malade a souffert beaucoup de son coude droit, au point de ne pouvoir manier l'aiguille ni le crochet. Tout cela a disparu au bout de quatre à cinq jours en ne laissant qu'une sensibilité plus grande de la région. A l'examen, pas de point douloureux nettement délimité aux deux genoux et au coude droit, pas de gonflement, pas d'épaississement de la synoviale, pas d'hydarthrose, mouvements spontanés ou provoqués, d'une amplitude normale. Rien en somme, sauf ces phénomènes purement subjectifs sur lesquels la malade se plaît à insister avec un certain luxe de détails.

Au poulmon, signes légers de tuberculisation manifeste. A gauche, diminution de la sonorité et de la respiration, respiration rude, pas de craquements. Pas de toux ni d'expectoration. Amaigrissement notable (9 kilos en 9 mois). Anorexie rebelle. Sueurs nocturnes. Température vespérale, 38°. Traitement : cacodylate de soude jusqu'à ces derniers temps, quinquina, kola, huile de foie de morue.

OBSERVATION 2

Recueillie à la Clinique des maladies de la peau.

Tuberculides. — Polyarthrite subaiguë tuberculeuse.
Hyperostoses douloureuses. — Spina ventosa récent.

C..., 46 ans. — Mariée à un homme tuberculeux, mort phthisique. Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Deux enfants morts tuberculeux.

A 41 ans, par suite de revers de fortune la malade dut exercer une pénible profession. Elle maigrit à chaque époque de 15 kilos. L'affection actuelle débuta, il y a sept mois, par des douleurs dans les deux tibias et une grande lassitude. En même temps, gonflement des deux genoux, et un mois après douleurs spontanées et provoquées, dans les deux poignets, à l'occasion de mouvements.

A cette époque, à peu près, apparition de larges papules et de disques rouge sombre et infiltrés sur les deux poignets, à l'épaule gauche, à la narine gauche. Les unes se cicatrisèrent, les autres devinrent pustulo-croûteuses. Il y a quatre mois, apparition de spina ventosa au médius et à l'index gauches. Deux mois après, douleur à l'extrémité du deuxième métacarpien droit avec gonflement de l'extrémité osseuse.

Actuellement toutes les surfaces cutanées malades sont recouvertes par une confluence de papules rouges infiltrées dont les unes sont en voie de cicatrisation et les autres pustulo-croûteuses. Au point de vue dermatologique, ce sont des papulo-tuberculides. Nulle part on ne trouve en tendant la peau l'aspect de grain de sagou. Du côté des articulations, gonflement du squelette radio-carpien droit et particulièrement de l'apophyse styloïde du cubitus. Phalangine de l'index gonflée en fuseau et douloureuse. Peau rouge et tendue. Douleur très vive à la pression de l'interligne carpo-métacarpien. Augmentation de volume du genou droit. Empâtement du cul-de-sac sous-tricipital. Choc rotulien. Limitation des mouvements. Pas d'atrophie du biceps femoral. Douleur

à la pression de l'interligne du genou gauche. Choc rotulien. Atrophie du biceps. Tuméfaction de la crête tibiale au tiers inférieur qui est douloureuse à la pression. Augmentation de volume des deux coudes de pied. Cicatrices de papulo-tuberculides aux jambes.

25 juin 1903. — Fréquemment températures vespérales oscillant autour de 38°. Avec la résorption de l'épanchement des genoux la fièvre a cédé. Le salicylate de soude, longtemps employé aurait amené une sédation légère et temporaire des phénomènes douloureux.

15 octobre. — Pansement aseptique des surfaces ulcérées. Administration quotidienne de 4 grammes de KI, quoique rien ne fasse penser à une syphilis congénitale ou acquise. Le malade a maigri.

5 novembre. — Amélioration de l'état général et de l'état local. La déformation persiste à l'index et au médius gauches. Incurvation. Ankylose de la phalangine et de la phalange. Mouvements normaux des poignets. Cicatrisation des ulcérations. Persistance de craquements dans les genoux et les épaules. Rien aux poumons.

OBSERVATION 3 (résumée).

THOMAS. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, janv. 1903.

Érythème induré et tuberculose. Rhumatisme vertébral.

Jeune fille ayant présenté dans l'enfance des accidents scrofuleux. En mars, assez brusquement, apparition aux membres inférieurs de petites nodosités sous-cutanées, résistantes, bleuâtres, douloureuses, sans engorgement ganglionnaire. Elles disparurent à la fin du même mois. En avril, douleurs violentes dans la colonne lombaire. Quelques temps après hémoptysies fréquentes et infiltration pleuro-pulmonaire avec expectoration et bacilles dans les crachats. Amélioration ultérieure.

OBSERVATION 4 (résumée).

PONCET et MAILLAND. *Monographies cliniques*. (Masson, Paris).

Tuberculose sous-cutanée. Arthrites multiples.

Homme, 34 ans, ancien pleurétique. Gonflement douloureux d'une épaule, d'un coude, des deux poignets, de la temporomaxillaire (localisation rare). Inefficacité du salicylate et de l'antipyrine. Balancement remarqué entre ces lésions et des œdèmes circonscrits et des nodosités sous-cutanées. Ces nodosités, au nombre de trois, de la dimension d'une amande, occupaient les avant-bras et adhéraient à la peau. Elles étaient indolentes et le malade avait lui-même constaté qu'elles apparaissaient et disparaissaient comme du reste les gonflements articulaires. Il semble qu'on avait affaire en l'espèce à une manifestation de l'intoxication bacillaire.

OBSERVATION 5 (résumée).

BOUVETRON. *Revue de chirurgie*, sept. 1903.

Tuberculides et hyperostoses douloureuses. Ostéalgies.

L... Marie, 24 ans. Eruption disséminée datant de 3 ans et ayant débuté par la fesse gauche. Guérison au bout de 6 mois, sans traitement. Nouvelle poussée il y a deux ans suivie de guérison. Troisième récurrence il y a 6 mois. Ulcération des papules. Il y a deux mois douleurs ostéalgiques et gonflement de l'extrémité inférieure du cubitus. Submatité au poumon. Douleur dans les mouvements du poignet. L'examen bactérioscopique des papulo-tuberculides n'a pas décelé la présence du bacille de Koch. La malade a maigri.

OBSERVATION 6 (résumée)

HAURY. *Essai sur les tuberculides*. Th Paris, 1899.

Tuberculides miliaires. — Arthralgies.

C..., Caroline, 20 ans, Antécédents héréditaires entachés de tuberculose, adénites et gommès tuberculeuses dans l'enfance. Douleurs rhumatismales dans les coudes, les épaules, cous-de-pied, genoux, avec tuméfaction nécessitant le repos au lit. Râclage des gommès. Cautérisation. Résultat négatif à la suite d'inoculation du produit de râclage au cobaye.

OBSERVATION 7 (résumée).

BEAUPREZ. Thèse Paris 1898, cité par HAURY

Folliclis tuberculeux. — Hydarthroses passagères.

Femme. Adénopathies multiples. Ganglions augmentant de volume à chaque poussée de folliclis. Eruptions multiples de folliclis d'aspect soit acnéique, soit télangiectasique. Fréquemment, lors de ces poussées, la malade présente des fluxions douloureuses aux articulations.

OBSERVATION 8 (résumée).

DARIER *Annal. de dermatol. et de syphil.*, 1896.

Tuberculides disséminées à aspect d'acné cachectique. — Gommès tuberculeuses. — Arthralgies, hydarthroses, arthrite déformante.

Femme, 48 ans. Adénites cervicales dans l'enfance. Lors de la dernière éruption, apparition de douleurs vagues aux genoux et

aux cous-de-pied. Tuméfaction des jointures. Déformation des orteils. L'éruption dépassa en intensité toutes celles qui avaient précédé.

OBSERVATION 9 (résumée).

THIBIERGE. *Annal. de dermatol. et de syphil.*, 1898.

Folliculité miliaire chez un tuberculeux. — Rhumatisme chronique déformant. — Rhumatisme vertébral probable.

Avant l'éruption, qui rappelle le lichen scrofulosorum, il convient de signaler des attaques fréquentes de rhumatisme à allures spéciales, à localisation multiple, ayant laissé des déformations des doigts et une voussure du dos qui offre l'aspect d'un mal de Pott.

OBSERVATION 10 (résumée).

PATEL. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1900.

Hydarthrose polyarticulaire des doigts. — Tuberculose atténuée de la peau. — Tuberculides nodulaires.

L..., 38 ans. Mère morte de phtisie. Adénites cervicales dans l'enfance. Il y a quatre ans, synovite séreuse des radiaux. Lésions ulcéreuses aux doigts, que la malade compare à des engelures, qui guérissent en laissant de l'induration profonde avec nodosités saillantes. En même temps, gonflement des articulations phalangophalanginiennes. Hydarthrose. Douleur tolérable dans les mouvements. Extension complète des trois doigts médians impossible. Pas de ganglions cervicaux, épitrochléens, axillaires. Rien aux poumons. Etat général satisfaisant.

Par l'examen des vingt-cinq observations qui précèdent, on peut tirer cette conclusion que :

1^o Un seul enfant figure dans notre exposé, bien que nous en ayons examiné plusieurs.

2° Le rhumatisme tuberculeux est un peu plus fréquent chez les lupiques que chez les individus porteurs de tuberculides. Par contre, il semble que chez ces derniers, le pronostic fonctionnel soit moins bénin que chez les premiers, puisque l'ankylose est presque la règle (Obs. 2, 8, 9, 10), quand l'éruption dure longtemps.

3° Il existe chez un même malade une grande variabilité de formes, de siège, d'intensité dans les manifestations articulaires tuberculeuses, rhumatismales, car plusieurs articles peuvent être intéressés simultanément ou consécutivement et on observe depuis l'arthralgie jusqu'à l'ankylose complète.

4° Dans le plus grand nombre d'observations, les symptômes articulaires sont survenus chez des malades déjà porteurs de lésions manifestement tuberculeuses, mais dans trois cas (observations II, VII, 9), il semble que le lupus ou les tuberculides aient suffi pour intoxiquer suffisamment le sujet et déterminer chez lui une réaction du côté des synoviales.

5° L'existence de manifestations articulaires rhumatismales et de tuberculose de la peau, ne sont point incompatibles avec le maintien d'un bon état général (1).

Quelle est la fréquence de cette coexistence ? Leredde qui a étudié la question, surtout dans le cas de tuberculides, prétend que cette coexistence n'est point chose rare. Haury, dans une thèse inspirée par M. le professeur Hallopeau, précisant les idées de son devancier, dit que sur cinquante tuberculidiens, il en a trouvé quinze qui

(1) LEREDDE, Communication au Congrès de Toulouse.

présentaient des troubles du côté des articulations, mais il ne dit pas quel rapport il convient d'établir entre ces deux symptômes. En 1903, Bouveyron, dans une communication à la société des sciences médicale de Lyon, suivie d'une publication in-*Revue de chirurgie*, annonce que sur trente malades examinés il a rencontré douze fois des symptômes articulaires susceptibles de rentrer dans le cadre de rhumatisme tuberculeux tel que le conçoit M. le professeur Poncet et nous même parmi ses élèves.

Mais il importe ici, de faire une distinction. M. Bouveyron a observé comme nous, à la clinique des maladies de la peau, dont il est le chef, mais à une époque où les rigueurs de la saison avaient amené aux portes de l'hôpital une foule de gens, pauvre hères pour la plupart, porteurs de lupus anciens ou de tuberculides et qui venaient, avec un billet d'admission, réclamer un abri pour passer leur hiver au chaud. Le nombre des places étant limité, il fallait faire un choix et, naturellement, on admettait de préférence ceux dont les lésions les plus avancées mettaient leurs porteurs dans les conditions les plus défavorables pour gagner leur vie. Rien d'étonnant, après cela, étant donné ce que nous avons dit plus haut, à savoir que le rhumatisme tuberculeux se rencontrait de préférence chez les lupiques anciens que sa statistique ait donné un pourcentage plus élevé que le nôtre. Du reste, au cours de son article, M. le chef de la clinique dermatologique a insisté sur ce point et, au cours d'une conversation que nous avons eue avec lui, il a parlé dans le même sens.

Les mêmes conditions favorables n'ont point entouré notre examen personnel et nous avons dû nous contenter,

pour établir notre statistique, des cas que le hasard mettait à notre portée. Nous avons interrogé avec le plus grand soin quarante-et-un malades (dont cinq enfants), dont vingt-neuf présentaient des lupus plus ou moins étendus et douze des tuberculides. Sur huit d'entre eux seulement, nous avons noté la coexistence de ces affections cutanées et des troubles articulaires qui nous intéressent, soit en généralisant une moyenne d'environ vingt pour cent.

Quant aux formes observées, il semble que de toutes, la plus fréquente soit la plus bénigne : l'arthralgie, et c'est également la conclusion à laquelle aboutit M. Bouveyron. Chez une malade (Obs. lupus III) nous croyons avoir trouvé cette hyperesthésie musculaire dont parle M. le professeur Weill, s'accompagnant de l'hyperesthésie des tissus profonds, dont le siège de prédilection paraît-être le tiers inférieur du fémur. Ailleurs il semble que ce soit une ostéalgie (Obs. 2, 5) ou mieux ce que Beau appelait une *mé-lalgie* et qu'il expliquait par l'action des produits émanés des bacilles vers les centres nerveux. Mais la forme arthralgique n'est pas la seule. Nous l'avons trouvée, existant seule ou associée aux autres formes, chez seize malades, soit dans plus de la moitié des cas.

Une seconde classe comprend les arthrites rhumatismales tuberculeuses aiguës ou subaiguës caractérisées par une ou plusieurs arthrites aiguës ou subaiguës, frappant un nombre plus ou moins grand de jointures. Elles peuvent s'accompagner ou non d'épanchement. Quelquefois le processus inflammatoire s'éteint et laisse dans l'article un reliquat, et nous avons alors la troisième forme. D'autres fois, il y a *restitutio ad integrum* comme nous

l'observons dans les observations XI (lupus), 4 et 7 (tuberculides).

La troisième et dernière forme constitue le rhumatisme tuberculeux chronique. Elle peut être consécutive à une attaque antécédente de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, tuberculeux, ou bien, être chronique d'emblée, comme nous l'avons vu dans les observations (lupus) X et (tuberculides) 2 et 9. MM. Bérard et Destot ont montré qu'il était possible, par la radiographie, de différencier ces formes, qu'elles soient précoces ou non, des formes analogues mais non semblables, qu'on rencontre au cours du rhumatisme articulaire aigu franc, type Bouillaud ; on trouverait dans les têtes de phalanges, comme dans toute tuberculose osseuse au début, des îlots blanchâtres dus à une raréfaction irrégulière, sous l'influence de l'infiltration bacillaire. Quelques formes revêtent l'aspect clinique de fausses coxalgies, de mal de Pott (obs. XV et 9), de spondylose rhyzomélique de Marie.

Donc, on le voit, les formes observées ne présentent rien de particulier, si ce n'est leur pathogénie. Mais nous pensons qu'il n'était pas sans intérêt de les rappeler, désirant appeler l'attention des observateurs sur ces formes rhumatismales, auxquelles on ne reconnaît pas aussi souvent qu'il convient une nature tuberculeuse.

CHAPITRE III

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Etant donné un individu porteur de manifestations tuberculeuses du côté de la peau, comment pourra-t-on affirmer que les arthralgies, les arthrites aiguës, subaiguës ou chroniques qu'il présente sont de nature également tuberculeuse. Il faut avouer que souvent l'affirmation est difficile parce que la clinique étudie des malades et non des maladies et qu'une affection évolue souvent très différemment, suivant les cas. Cependant on doit envisager plusieurs points et le clinicien, dans ces conditions, devra toujours se demander :

1^o *S'il a affaire à du rhumatisme articulaire* et si la lésion qu'il observe intéresse bien les surfaces articulaires, les ligaments ou la synoviale et non pas un point plus ou moins distant de cette articulation qui, à distance, retentirait sur elle et, pour cela, un excellent signe sera la douleur au niveau même de l'interligne articulaire avec indolence relative aux points d'insertion des ligaments. L'apparition d'une hydarthrose, la constatation de craquements à l'occasion des mouvements aideront à faire le diagnostic et de cette façon, on ne rapportera pas les troubles observés à un foyer ostéomyélitique, une ostéite, une carie ou aux douleurs de croissance des adolescents.

2^o *Est-ce un pseudo-rhumatisme?* Pour résoudre cette question que devra se poser le médecin, il nous paraît indispensable de faire appel à l'enseignement de M. le pro-

fesseur Bondet. Toute attaque de rhumatisme, dit-il, qui n'est pas jugulée ou profondément modifiée en quatre ou cinq jours par l'administration quotidienne de 4 grammes de salicylate de soude ou d'antipyrine est un pseudo-rhumatisme. En effet, il convient de considérer ce médicament comme la pierre de touche du diagnostic.

3^o *Ce pseudo-rumatisme est-il tuberculeux?* Ici la réponse est difficile à faire. Bien souvent on ne sera mis sur la voie du diagnostic que par la constatation d'un lupus ou d'une manifestation tuberculeuse. D'autres fois, l'apparition d'une lésion surajoutée, l'extension plus grande des lésions déjà existantes, ou la généralisation d'une bacillose, évoluant jusqu'alors d'une façon torpide, montreront qu'on ne s'était pas trompé. Mais il est dangereux d'attendre souvent pareille confirmation, et on peut retirer un avantage considérable d'un diagnostic posé d'une façon précoce. Pour le faire avec sûreté, il est des moyens que le laboratoire met à la disposition du clinicien: examen cytologique du liquide épanché avec une mononucléose prédominante, la séro-réaction de Arloing et Courmont dans les cas douteux, l'inoculation au cobaye des exsudats articulaires, bien qu'elle ne donne pas toujours de résultats, même chez les tuberculeux avérés. Mais tous ces moyens n'ont pas une valeur absolue et leur emploi, il faut en convenir, est souvent difficile, voire même dangereux (réaction à la tuberculine). Aussi, très souvent devra-t-on s'en tenir à des probabilités plutôt qu'à des certitudes, et l'évolution elle-même de la maladie ne permet pas d'être plus affirmatif. Mais en tous cas, il faudra y songer, et quand on se trouvera devant un malade atteint d'un lupus ancien ou étendu, que ce malade pré-

sente ou non des signes de tuberculose localisée ailleurs, on devra se dire que probablement les douleurs et les symptômes qu'il accuse dans les jointures sont des modalités du rhumatisme tuberculeux, et on devra le traiter comme tel.

Le traitement sera à la fois général et local.

a) Général, il comprendra le soleil, la suralimentation, l'aération, le repos comme mesures hygiéniques. L'arsenic dans les formes fibreuses et apyrétiques, rendra des services. On y associera des reconstituants, huile de foie de morue, préparations phosphatées.

b) Local. Nous avons constaté les bons effets du traitement du lupus employé à l'Antiquaille, par M. le Pr Gailleton : scarifications ignées, tous les cinq jours environ et applications consécutives de solution aqueuse d'acide picrique à 1 ou 2 pour 100. Les résultats sont excellents quand on a affaire à un lupus étendu en surface plus qu'en profondeur. L'immobilisation, les pointes de feu, les bains de lumière auront raison des phénomènes articulaires.

Nous ne voulons point du reste insister sur cette partie qui a été traitée par notre camarade, le Dr Péchiné, dans sa thèse: *Rhumatisme tuberculeux primitif* (Lyon, 1903). Le pronostic ne nous arrêtera pas plus longtemps, il ne présente rien de particulier. Il est subordonné aux conditions dans lesquelles vit le malade, à son hérédité plus ou moins chargée, son âge et à l'influence du traitement. De plus il semble que le rhumatisme tuberculeux, survenant chez un porteur de tuberculides, soit d'un pronostic plus sévère que chez un lupique : l'ankylose est fréquente.

CONCLUSIONS

- I. — On trouve des cas de rhumatisme tuberculeux articulaire chez les malades atteints de tuberculose de la peau, au même titre que chez ceux qui sont atteints d'une forme viscérale ou chirurgicale de la bacillose.
- II. — Ces cas sont un peu plus fréquents chez les lupiques que chez les porteurs de tuberculides, par contre il semblerait que chez ces derniers le pronostic fonctionnel doive être plus réservé que chez les premiers : l'ankylose étant plus fréquente.
- III. — Les manifestations tuberculeuses observées du côté de la peau et celles observées du côté des synoviales sont corrélatives les unes des autres et ne sont que des modalités différentes d'un état infectieux unique : la tuberculose.

- IV. — Le plus souvent, la localisation du bacille de Koch au tégument externe n'est qu'un épiphénomène survenu au cours d'une infection bacillaire déjà manifeste (*rhumatisme tuberculeux secondaire*), quelquefois le lupus ou l'éruption de tuberculides sont la première manifestation de cette infection ; parfois enfin, l'éclosion des manifestations articulaires précède l'apparition des symptômes de la tuberculose cutanée (*rhumatisme articulaire primitif*.)
- V. — Dans ces cas, il semble plausible d'admettre que le rhumatisme tuberculeux qu'on observe reconnaît comme cause une résorption de toxines émanant de la peau et déterminant une intoxication générale de l'organisme avec prédilection pour les synoviales.
- VI. — Cette coexistence de deux manifestations différentes de la tuberculose n'est pas une rareté et nos recherches personnelles, qui ont porté sur l'examen de 41 malades lupiques ou tuberculidiens, indemnes de tout antécédent rhumatismal, nous ont permis de relever 8 cas dans lesquels elle se rencontre, soit un peu moins de 20 pour cent.
- VII. — Toutes les formes cliniques peuvent s'observer et elles peuvent être multiples sur un même indi-

vidu. Dans 25 observations que nous rapportons, nous avons noté 31 manifestations du rhumatisme tuberculeux, soit :

Arthralgies.....	16
Arthrites aiguës ou subaiguës.	11
Arthrites chroniques.....	4

VU :

Le Président de la Thèse

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 décembre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUYEYRON. — Rhumatisme tuberculeux chez les sujets atteints de lupus et de tuberculose cutanée. *Revue de chirur.*, 1903.
- BESNIER, BROCO, JACQUET. — *La pratique dermatologique.*
- BERARD et DESTOT. — Polyarthrite tuberculeuse déformante *Congrès de chirurgie*, 1897.
- BOURCY. — Déterminations articulaires des maladies infectieuses. *Thèse de Paris*, 1883.
- CLAUDE. — Erythème scarlatiniforme pré-tuberculeux. *Revue de la tuberculose*, 1902.
- DUBARD. — Contrib. à l'étude des rapports des tuberculoses entre elles. *XIII^e Congrès internat. de méd. et de chir., section bactériol.* Paris, 1900.
- DANLOS. — *Annales de dermat. et de syphil.*, 1902.
- DARIER. — *Annales de dermat. et de syphil.*, 1896. Observations.
- FLORENCE. — Lupus et lésions osseuses de nature tuberculeuse. *Toulouse médical*, 1902.
- FULLER. — *Traité sur le rhum., la goutte et la sciatique*, 1860.
- GAUCHER. — Tuberculose cutanée. Classification. Tuberculides. *Journal de médecine internat.*, 1900.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — *Traité de dermatologie.*
- HAURY. — Essai sur les tuberculides. *Thèse de Paris*, 1899.
- KLINGMUELLER. — Effet des bacilles et de leurs toxines. *Berliner klinisch. Wochenschrift*, août 1903.
- LEREDDE. — Les tuberculides. *Semaine médicale*, 1900.
- LEREDDE. — *Congrès de Toulouse*, 1902.
- LANNELONGUE. — Complicat. articul. chez un lupique traité par la lymphé de Koch. *Bulletin médical*, 1890.

- MAILLAND. — Exostoses tuberculeuses. *Revue de chirur.*, 1902.
- MAILLAND. — Lupus de la face ancien. Rhumatisme tuberculeux. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1900.
- PATEL. — Observation. *Gaz. hebd. de méd. et de chirur.*, 1900.
- PAUTRIER. — Les conceptions actuelles de la tuberculose. Les tuberculoses cutanées atypiques. *Bull. méd.*, nov. 1903.
- PETERSEN. — Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen. *Berliner klinisch. Wochenschrift*, 1902.
- A. PONCET. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux d'origine bacillaire. *Communic. à l'Acad. de médecine*, juin 1897 et *Congrès de chirurgie*, Paris 1897.
- A. PONCET. — Rhumat. tub. abarticulaire. *Monographies cliniques*. Masson, Paris, 1902.
- A. PONCET. — *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1900; 1903.
- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux. *Bull. méd.*, déc. 1900.
- POULY. — Rapports de la tuberculose avec le rhumatisme chronique déformant. *Thèse de Lyon*, 1902.
- THIBIERGE. — Observation. *Annales de dermatologie et de syphil.*, 1899.
- THOMAS. — Erythème induré et tuberculose. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, janvier 1903.
- WEILL. — Des troubles nerveux chez les tuberculeux. *Revue de médecine*, juin 1893.

